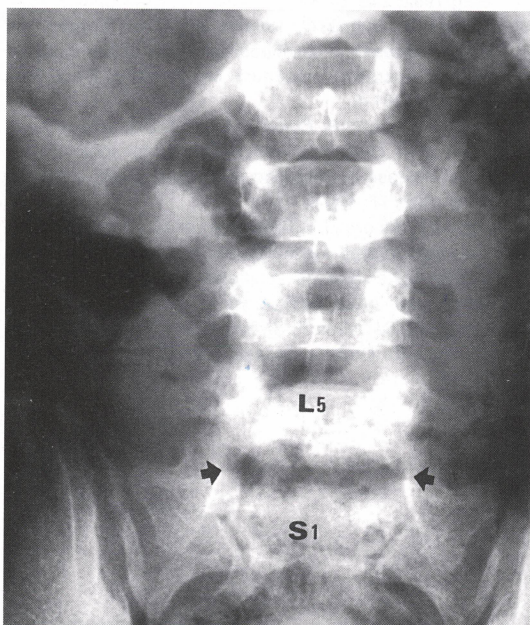


Caso clínico-radiológico para diagnóstico

Aníbal Espinoza G.¹, Jorge Moscoso T.¹, Julio Guiñez D.¹

CASO CLÍNICO

Se trata de una niña de 2 años 5 meses de edad sin antecedentes mórbidos previos, que consultó por dolor lumbar y claudicación progresiva de la marcha y limitación en la movilidad de la extremidad inferior derecha de dos semanas de evolución, sin compromiso del estado general ni otra sintomatología asociada. En los exámenes de laboratorio destacaba solo VHS elevada de 87 mm/hora.



Se solicitó una radiografía (Rx) de columna lumbosacra (figura 1), en proyecciones anteroposterior (a) y lateral, (b) y cintigrafía ósea (figura 2).

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

La Rx de columna lumbar (figura 1) mostró estrechamiento del espacio discal L5-S1 (flechas), con irregularidad y esclerosis de las caras articulares de los cuerpos vertebrales adyacentes. El cintigrama óseo (figura 2) reveló un importante aumento de la captación en la región lumbosacra, siendo esta mayor a derecha (flechas).

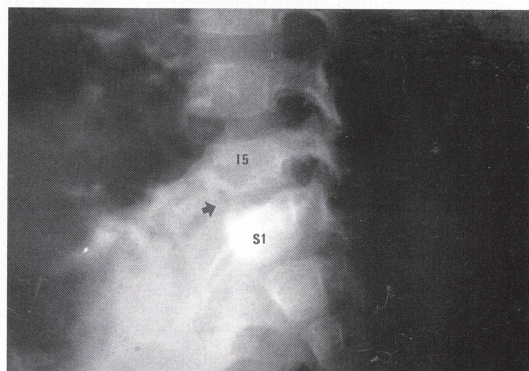


Figura 1: Rx de columna lumbar anteroposterior (a) y lateral (b), a izquierda y derecha respectivamente.

¿Cuál es su diagnóstico?

¿Qué examen de imagen solicitaría para confirmarlo?

1. Servicio de Radiología, Hospital San Borja-Arriarán.

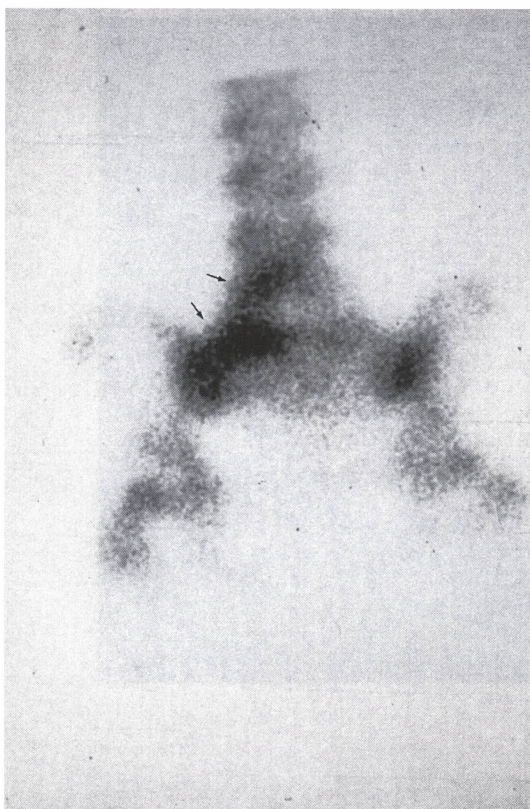


Figura 2.

Se efectuó además una tomografía computadorizada (TAC) de columna lumbar, que en un corte a nivel del espacio lumbosacro (figura 3) mostró que la superficie articular del cuerpo vertebral de L5 (cabezas de flecha) era de contornos irregulares, con erosiones y fragmentación; además reveló protrusión dorsal y ventral del disco intervertebral (flechas pequeñas), sin compresión del saco dural (s).

Los hallazgos descritos, junto con los antecedentes clínicos, son compatibles con una espondilodiscitis L5-S1.

DIAGNÓSTICO

Espondilodiscitis L5-S1

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis corresponde a una enfermedad inflamatoria, en general autolimitada, que afecta el disco intervertebral y

los cuerpos vertebrales adyacentes. La inflamación puede comprometer exclusivamente el disco intervertebral (discitis), el cuerpo vertebral (espondilitis, osteomielitis) o ambos (espondilodiscitis); esto último por extensión del proceso inflamatorio desde el disco intervertebral hacia el cuerpo vertebral o viceversa. Puede ser difícil distinguir entre estas tres formas.

En alrededor de 75% de los pacientes la espondilodiscitis compromete la columna lumbar, siendo los segmentos más frecuentemente comprometidos L3-L4 y L2-L3. Es más común en niños entre 6 meses y 4 años, o entre los 10 y 14 años de edad.

Es una patología poco común en pediatría, frecuentemente de curso y sintomatología insidiosos, con escasas alteraciones en los exámenes de laboratorio. Los síntomas son con mayor frecuencia inespecíficos e incluyen irritabilidad, fiebre, dolor abdominal, dolor lumbar, dolor de cadera o de rodilla, claudicación, aunque a veces la única manifestación es que el niño se niega a ponerse de pie o a sentarse. Por todo lo anterior, muchas veces el diagnóstico es tardío.

Aunque su etiología no es bien conocida, en la mayor parte de los pacientes se estima que su etiología es una infección de causa viral o bacteriana. Se estima que la espondilodiscitis es habitualmente secundaria a diseminación hematógena de un foco a distancia, aunque también puede ocurrir como extensión local de un foco infeccioso o por manipulación quirúrgica. La identificación del germen causal se puede obtener por hemocultivo o por biopsia de la lesión, en no más del 50% de los pacientes, siendo el germen más comúnmente aislado el *Staphylococcus aureus*. El rendimiento diagnóstico de la biopsia aumenta significativamente cuando se efectúa una punción dirigida por métodos de imágenes, en especial con TAC.

Dentro de los exámenes de laboratorio destaca una VHS elevada y a veces discreta leucocitosis.

El diagnóstico se confirma con los métodos de imágenes. La Rx simple de columna vertebral es inicialmente normal y solo muestra alteraciones por lo menos dos semanas después de iniciada la enfermedad. Estas consisten en disminución de altura del espacio discal comprometido, irregularidad de las superficies articulares de los cuerpos vertebrales adyacentes, esclerosis subcondral (figura 1). Otros hallazgos menos comu-

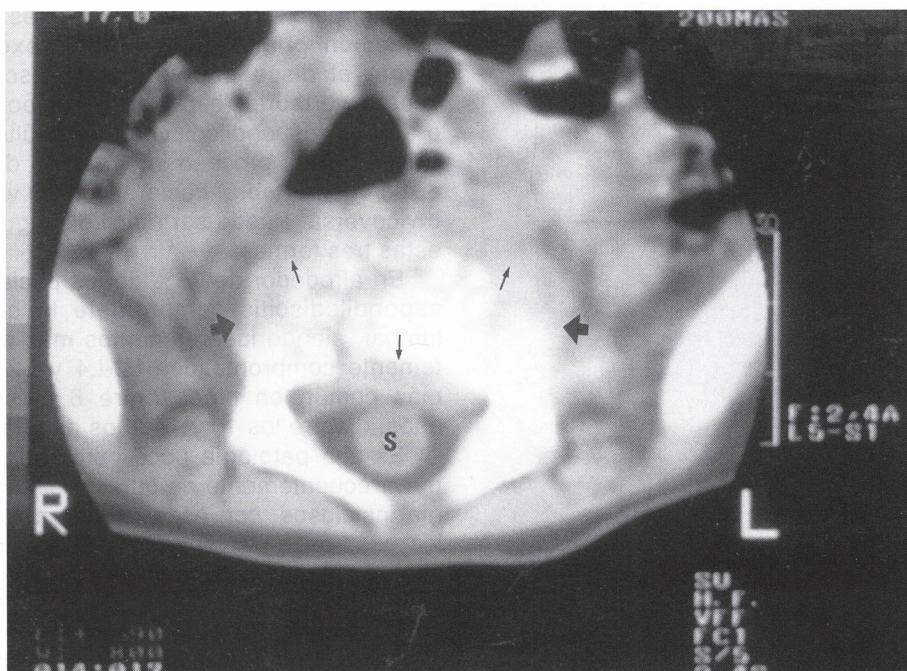


Figura 3.

nes incluyen aumento de volumen de las partes blandas paravertebrales, espondilolistesis, escoliosis, xifosis y aplastamiento vertebral.

La cintigrafía ósea y la resonancia nuclear magnética (RNM) permiten hacer el diagnóstico precozmente, durante las primeras 24 horas de la enfermedad; el cintigrama óseo muestra aumento de la captación del radiofármaco en la zona afectada (figura 2) y el aporte de la RNM consiste en mostrar con detalle el compromiso de las partes blandas y en especial la afección de la médula ósea.

La tomografía computadorizada (TAC) es también de utilidad, si bien muestra alteraciones en forma más tardía, que consisten en destrucción e irregularidad de las superficies articulares de los cuerpos vertebrales, alteración en las partes blandas paravertebrales, protrusión discal (figura 3).

En general, el dolor lumbar en el niño es un síntoma alarmante para el médico y debe ser investigado para descartar una lesión orgánica, considerando dentro del diagnóstico diferencial la posibilidad de una espondilodiscitis. La dificultad diagnóstica puede es-

tar determinada por la baja incidencia de la patología, las características insidiosas del cuadro clínico, la sintomatología vaga, las escasas alteraciones en los exámenes de laboratorio y las manifestaciones tardías en los exámenes radiológicos convencionales. El diagnóstico precoz solo es posible si se tiene presente esta entidad ante un niño con dolor lumbar y dentro del estudio de imágenes se incluyen cintigrafía ósea o RNM.

REFERENCIAS

1. Sty JR, Wells RG, Conway JJ: Spine pain in children. *Semin Nucl Med* 1993; 23: 296-320.
2. Sharif HS: Role of MR imaging in the management of spinal infections. *AJR* 1992; 158: 1333-45.
3. Fischer GW, Popich GA, Sullivan DE, Mayfield G, Nazat BA, Patterson PH: Diskitis: a prospective diagnostic analysis. *Pediatrics* 1978; 62: 543-8.
4. Afshani E, Kuhn JP: Common causes of low back pain in children. *Radiographics* 1991; 11: 269-91.
5. Wenger DR, Bobechko WP, Gilday DL: The spectrum of intervertebral disc-space in. *J Bone Joint Surg* 1978; 60: 100-4.
6. Sartoris DJ, Moskowitz PS, Kaufman RA, Ziprkowski MN, Berger PE: Childhood diskitis: Computed tomographic findings. *Radiology* 1983; 149: 701-5.